

CONVENIO DE REINGRESO VOLUNTARIO AL CUIDADO DE CRIANZA TEMPORAL EXTENDIDO

Me he reunido con un trabajador del condado encargado de casos (trabajador social u oficial de libertad condicional [*probation*]) para hablar acerca de reingresar voluntariamente al cuidado de crianza temporal como una persona adulta, que de joven estaba bajo el cuidado de crianza temporal, quien es menor de 19 años, 20 años, o 21 años de edad. Al firmar este Convenio, entiendo que yo voluntariamente estoy de acuerdo en reingresar a una colocación del cuidado de crianza temporal.

Estoy de acuerdo en ser colocado en un ambiente supervisado de cuidado de crianza temporal (tal como un hogar de crianza temporal, el hogar de un pariente, un hogar aprobado por una agencia para hogares de crianza temporal, un hogar colectivo, un programa de vivienda transicional, o en una colocación supervisada de vida independiente o permanecer con mi tutor legal que no es mi pariente y que fue asignado por el tribunal de menores), como está descrito en mi "Convenio de colocación" bajo la colocación y el cuidado del Departamento de _____ del Condado de _____,

Entiendo que los beneficios de la Asistencia para Familias con Niños Necesitados - Cuidado de Crianza Temporal (AFDC-FC) comenzarán a ser pagados a partir de la fecha en que firme este Convenio o la fecha en que yo sea colocado en un ambiente supervisado de cuidado de crianza temporal (la fecha que sea más tarde).

Entiendo que soy responsable de completar, con la ayuda del trabajador del condado encargado de mi caso, la solicitud para los pagos de AFDC-FC y proporcionar la información y documentación relacionada a mi situación como un menor que era dependiente o estaba bajo la custodia del tribunal de menores, y mis ingresos y bienes actuales, como se requieran, como un caso de menor solamente.

Estoy de acuerdo en participar con el trabajador encargado de mi caso para presentar una petición ante el tribunal de menores para que dicho tribunal comience de nuevo la jurisdicción sobre mi caso declarando que el reingresar al cuidado de crianza temporal es lo mejor para mí.

Estoy de acuerdo en colaborar con el trabajador del condado encargado de mi caso para desarrollar el caso para mi plan para la transición a una vida independiente y mi "Plan para la transición a una vida independiente" (TILP) antes de que pasen 60 días contados a partir de la fecha en que yo firme este Convenio.

Entiendo que los beneficios de reingresar al cuidado de crianza temporal incluyen el tener una vivienda segura y estable y tener ayuda de un trabajador del condado encargado de casos para satisfacer mis necesidades y planear para mi futuro.

_____ Estoy de acuerdo en reunirme en persona con el trabajador del condado encargado de mi caso al menos una vez al mes y actualizar mis metas de estabilidad y mi TILP al menos una vez cada seis (6) meses.

_____ Estoy de acuerdo en hacer inmediatamente uno o más de los siguientes para ser elegible a reingresar al cuidado de crianza temporal:

1. Terminar la preparatoria (*high school*) u obtener un certificado de California equivalente a graduación de la preparatoria (*high school*) (*GED*); o
2. Inscribirme en el colegio, colegio universitario de dos años (*community college*) o en un programa de educación vocacional; o
3. Participar en un programa o actividad para ayudarme a encontrar y mantener un empleo (por ejemplo: búsqueda de empleo, entrenamiento para empleo, orientación en lo relacionado a una carrera, etc.); o
4. Tener un empleo con salario y trabajar al menos 80 horas por mes; o
5. No puedo hacer ninguno de lo mencionado anteriormente debido a una condición médica verificada, incluyendo condiciones de salud mental.

_____ Estoy de acuerdo en trabajar para completar las metas en mi TILP, y:

1. Hablar con el trabajador del condado encargado de mi caso al menos una vez al mes para reportar mi progreso y cualquier problema que pudiera tener para lograr las metas en mi TILP.
2. Decirle al trabajador del condado encargado de mi caso lo más pronto posible, pero no después del próximo contacto mensual con él o ella, acerca de cualquier cambio sobre como estoy cumpliendo con una de las cinco condiciones de elegibilidad mencionadas anteriormente.
3. Decirle al trabajador del condado encargado de mi caso lo más pronto posible, pero no después del próximo contacto mensual con él o ella, acerca de cualquier cambio en mis ingresos (del trabajo o de cualquier otra fuente, tal como beneficios del Seguro Social o por incapacidad/discapacidad, subvenciones y becas).
4. Si estoy en un hogar de crianza temporal, viviendo con un pariente, en un hogar aprobado por una agencia para hogares de crianza temporal, en un hogar colectivo, en una vivienda de transición, o en una colocación supervisada de vida independiente:

_____ Entiendo que el tribunal de menores estará supervisando mi caso, y estoy de acuerdo en tomar parte en audiencias de revisión (*Review Hearings*) cada seis meses, ya sea en persona o por teléfono, o comunicarle mis necesidades a mi abogado; Y

_____ Entiendo que si no participo en mi TILP que es posible que se programe una audiencia con la corte para que se cierre mi caso. Entiendo que recibiré notificaciones de acción (NOA) por escrito y que puedo apelar estas acciones.

5. Si estoy viviendo voluntariamente con mi tutor legal que no es mi pariente y que fue asignado anteriormente por el tribunal de menores:

- _____ Estoy de acuerdo en vivir voluntariamente con mi tutor legal que no es mi pariente y que fue asignado anteriormente por el tribunal de menores y entiendo que el trabajador del condado estará supervisando mi caso, y estoy de acuerdo en participar y actualizar mi TILP de seis meses; Y
- _____ Entiendo que si no participo en una de las cinco actividades para ser elegible como está descrito en mi TILP, la Oficina del Condado puede suspender los pagos y cerrar mi caso. Entiendo que recibiré notificaciones de acción (NOA) por escrito y que puedo apelar estas acciones.

En mi colocación bajo cuidado de crianza temporal, yo estoy de acuerdo en:

1. Decirle al trabajador del condado encargado de mi caso acerca de cualquier problema con mi colocación y colaborar con él o ella para encontrar soluciones.
2. Asegurarme que el trabajador del condado encargado de mi caso siempre tenga una manera de comunicarse conmigo, y avisarle a él o a ella de cualquier cambio en mi número de teléfono, dirección para recibir correo, u otra información de contacto antes de que pase una semana del cambio.
3. Decirle al trabajador del condado encargado de mi caso, antes de que pasen 24 horas después que se haya completado un cambio planeado a una nueva colocación, o que haya dejado mi actual colocación por algún otro motivo.
4. Entiendo que si yo dejo mi colocación de cuidado de crianza temporal, es posible que se suspendan los fondos para el cuidado de crianza temporal.
5. Entiendo que si dejo mi colocación de cuidado de crianza temporal, yo puedo comunicarme con la corte o con la Oficina del Condado para regresar al cuidado de crianza temporal si estoy por debajo del límite de edad.

La Oficina del Condado está de acuerdo en:

1. Ayudarme a desarrollar y alcanzar mis metas para una vivienda estable y permanente y una vida independiente, como está descrito en mi TILP.
2. Revisar las metas en mi TILP y actualizarlas al menos cada seis meses.
3. Ayudarme a escoger una colocación apropiada y aprobada o con licencia (tal como un hogar de crianza temporal, el hogar de un pariente, un hogar colectivo, un programa de vivienda transicional, o en una colocación supervisada de vida independiente o permanecer con mi tutor legal que no es mi pariente).
4. Ayudarme a permanecer elegible para el cuidado de crianza temporal extendido respondiendo a cualquier problema que yo haya reportado y ayudándome a encontrar servicios y apoyo para satisfacer mis necesidades y mantener mi elegibilidad.
5. Ayudarme a desarrollar un "Acuerdo de vivienda compartida" (*Shared Living Agreement*), como sea necesario, y ayudar a resolver cualquier problema que surja con mi colocación.
6. Asegurar que yo tenga beneficios del Programa de Asistencia Médica de California (Medi-Cal) u otro seguro de salud, y ayudarme a obtener cuidado médico, dental, y/o de salud mental, cuando sea necesario.
7. Avisarme acerca de cualquier cambio en mis beneficios del cuidado de crianza temporal y darme información acerca del procedimiento para presentar una apelación en relación a una reducción o suspensión de mis beneficios.
8. Asegurarse de que yo tenga la información de mi abogado, y la información acerca de próximas audiencias en el tribunal de menores, y cómo participar en estas audiencias, si es pertinente.

La persona cuya firma aparece abajo está de acuerdo con la colocación y supervisión bajo el cuidado de crianza temporal que haga la Oficina del Condado de _____.

NOMBRE DE LA PERSONA QUE NO ES MENOR (LETRA DE MOLDE)	NOMBRE DEL TRABAJADOR ENCARGADO DEL CASO (LETRA DE MOLDE)	NOMBRE DEL SUPERVISOR
FIRMA DE LA PERSONA QUE NO ES MENOR	FIRMA DEL TRABAJADOR ENCARGADO DEL CASO	NÚMERO DE TELÉFONO DEL SUPERVISOR
NÚMERO DE TELÉFONO PARA COMUNICARSE CON LA PERSONA QUE NO ES MENOR	NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJADOR ENCARGADO DEL CASO	NOMBRE DE LA AUTORIDAD DE LA TRIBU
FECHA	FECHA	NÚMERO DE TELÉFONO DE LA AUTORIDAD DE LA TRIBU